

ANNÉE 1925

THÈSE 209

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MARASSI JOSEPH

Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Nice, le 4 Février 1893

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Césarienne Transpéritonéale

SUPRA-SYMPHYSAIRE

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1925

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MARASSI JOSEPH

Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Nice, le 4 Février 1893

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Césarienne Transpéritonéale

SUPRA-SYMPHYSAIRE

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale.	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JÉANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgi- cale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgi- cale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgi- cale.
MONDOR	Pathologie chirurgi- cale.
MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
ROUVIÈRE	Anatomie.
STROHL	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU	Pharmacologie et ma- tière médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
WELTER	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS	Physiologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.

RETTERRER	Histologie.
ROUSSY	Anatomie pathologi- que.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE. .	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	RATHERY.	Clinique médicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
LÉRI.	Clinique médicale.	TERRIEN.	Clinique ophtalmologique.
LÉPER.	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	
N.	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD.	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible remerciement pour les longs
sacrifices consentis pour moi.*

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR BRINDEAU

*Qui m'a inspiré ce travail. Hommage
de ma reconnaissance et de mon
respectueux attachement.*

A MES MAITRES

Stage bénévole

PROFESSEUR ROGER

PROFESSEUR MORESTIN (*in memoriam*)

DOCTEUR JOSUÉ (*in memoriam*)

Internat de Saint-Lazare

DOCTEUR CLÉMENT SIMON

Externat

DOCTEUR MICHAUX (*in memoriam*)

PROFESSEUR MÉNÉTRIER

PROFESSEUR GOUGET (*in memoriam*)

DOCTEUR APERT

DOCTEUR MILIAN

Internat provisoire

DOCTEUR FAURE-BEAULIEU

DOCTEUR MARCEL-PINARD

Internat

PROFESSEUR JEANNIN

PROFESSEUR AGRÉGÉ DEMELIN

DOCTEUR BOUFFE DE SAINT-BLAISE

DOCTEUR GANDY

DOCTEUR LOUSTE

A MM. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEMAITRE, DOCTEUR
BRÉCHOT, DOCTEUR MATHIEU-PIERRE WEIL,
DOCTEUR LEVANT, DOCTEUR VIGNES, DOCTEUR
CLEIZ.

A MON AMI ET MAÎTRE
LE DOCTEUR PAUL CHEVALLIER

A MM. LES DOCTEURS LANTUÉJOUL, MAURER,
DE GENNES, PAUL VIDAL.

A TOUS MES AMIS EN LES PERSONNES DE MM. BE-
THOUX, CASTÉRAN, LECOCQ, MANGUIN, PA-
RET, RORET, VALLAT.

Introduction

Si d'ici quelques années, les publications françaises montrent que les accoucheurs français se sont engagés dans la voie que je viens d'avoir l'honneur de leur proposer, alors nous pourrions dire que notre congrès a porté ses fruits.

O. Beuttner

(Congrès des gynéc. de Langue Fr. 1921).

Alors que la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire est pratiquée à l'étranger sur une grande échelle, elle est en France, sinon inconnue, du moins fort peu utilisée. Les auteurs étrangers qui l'ont étudiée ne cessent cependant de la vanter, car non seulement elle a élargi le domaine de la césarienne conservatrice, mais elle se substitue même à la césarienne classique dans les indications les plus formelles de celle-ci. En France, elle a été étudiée surtout par Brindeau et Schickelé.

Nous soumettons ici les éléments de notre conviction et nous apportons 30 observations inédites de M. le Professeur Brindeau. Nous espérons ainsi lever encore quelques hésitations.

Les dangers majeurs de la césarienne classique

étaient l'hémorragie et l'infection. Le premier a pratiquement disparu ; il n'en est pas de même du second et c'est pour y remédier qu'est née la césarienne sur le segment inférieur. L'historique de la question est trop connu pour que nous nous y attardions.

Rappelons les espérances que fit naître la césarienne extra-péritonéale. Latzko, Selheim, Döderlein, Kuestner, Markoe et Mc Pherson y ont attaché leur nom. Si, à l'heure actuelle, elle possède encore quelques partisans, elle est généralement abandonnée parce qu'elle présente de sérieux inconvénients :

« Dans leurs dernières publications, Vogt (Tübingen), Martius (Bonn) et Walthard (Zurich), montrent de plus en plus qu'on doit préférer la transpéritonéale à l'extra-péritonéale, parce que ce ne sont pas les théories, mais les expériences pratiques et les statistiques qui doivent trancher le débat » (Krause).

Ces inconvénients sont :

— La blessure de la vessie (Opitz, Kuestner, Baumm, 50 % ; Wertheim, 28 % ; Ferroni, 100 %. Cités par Calcaterra) ;

— De l'un ou l'autre uretère avec possibilité de fistule urétérale.

— Ouverture du cul-de-sac péritonéal, ce qui fait perdre le bénéfice de l'intervention.

— Infection du tissu cellulaire traumatisé.

— Hémorragie plus marquée à cause de l'incision latérale du segment inférieur.

— Adhérences consécutives et difficulté des itératives.

Rosellen, Horstrup, Piero Gall se sont encore prononcés contre elle.

Phaneuf dit : « Krœnig comprit tout différemment la question quand il dit que l'amélioration des résultats n'était pas due à ce qu'on approchait l'utérus par une technique extrapéritonéale, mais bien parce que l'incision se pratiquait dans le segment inférieur, mince, non contractile, plutôt que dans le corps épais et contractile de l'utérus ». La césarienne transpéritonéale prenait son essor auquel se rattachent surtout les noms de Hirst, De Lee, Cornell, Beck, Vogt, Phaneuf, Munro Kerr, Walthard, Beuttner, Gaifami, et en France Brindeau, Schickelé. Bien d'autres encore s'en firent les pionniers et la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire a droit de cité partout sauf... peut-être en France.

Des Indications

Quels sont les résultats de la césarienne classique ? L'opinion de J.-B. de Lee est que « la césarienne classique a une réputation de bénignité extrêmement grande. Cette opinion générale vient de la publication de statistiques par d'éminents obstétriciens, portant sur des séries de 50 et 100 cas sans mortalité. L'auteur a lui-même dans sa pratique une série de 100 cas sans qu'une mort puisse être attribuée à l'intervention. Les obstétriciens d'expérience savent pourtant que cette bénignité n'est que relative, et que les bons résultats publiés tiennent surtout au choix judicieux des cas opérables. Hors des cas très purs, la mortalité devient considérable. F. S. Newel rapporte que la mortalité dans plusieurs villes autour de Boston (mortalité non publiée) est considérable. Au Boston Lying-In Hospital, en 1909, il y eut une moyenne de 8 % de décès. Williams* estime que la mortalité, dans le monde entier, atteint environ 10 %, et qu'en relevant les observations de césarienne classique faites au début du travail, ce taux s'abaisse à $1\frac{1}{2}$ ou 2 %.

Amand Routh donne (1891 à 1910) :

Non en travail.....	245	9 morts	3,6 %
En travail, mem- branes intactes..	224	5 morts	2,2 %
	469	14	2,9 %
En travail, memb. rompues.....	166	18 morts	10,8 %
Touchers fréquents Tentatives d'ac- couchement	64	22 morts	34,3 %
	230	40	17,3 %

M. Kerr et Holland (enquête en Grande-Bretagne et Irlande) :

4.000 cas dont 3.374 bassins rétrécis (1911 à 1920).

Non en travail.....	1202	19 morts	1,6 %
Début du travail (moins de 6 heures).....	389	7 »	1,8 %
Travail avancé.....	224	24 »	10,7 %
Après travail provoqué.	35	5 »	14 %
Après tentative de for- ceps	103	28 »	27 %

1953 où les auteurs ont
pu préciser les condi-
tions d'intervention.

Brindeau donne dans les cas purs de 1,5 à 3 %, dans les cas impurs de 10 à 27 %.

Ces chiffres nous semblent juger la césarienne tardive.

En présence d'un bassin rétréci, ou plus généralement, d'une disproportion entre la tête fœtale et le bassin, quelles sont les différentes éventualités ?

Dans certains cas la femme est surveillée, hospitalisée; la dystocie est certaine, prévue. On opérera à terme, autant que ce dernier pourra être exactement déterminé, ce qui a une importance au point de vue de l'enfant, ou tout au moins on opérera dès le début du travail. Ce sont là les conditions idéales pour la césarienne classique. Nous pensons que, même dans ces cas, la césarienne supra-symphysaire est préférable et nous dirons pourquoi.

— Dans d'autres cas, il s'agit de « bassins limites », la dystocie est seulement probable. Faisons-nous une césarienne prophylactique ? Si nous n'avions à notre disposition que la section classique, peut-être serions-nous tentés de répondre par l'affirmative. Mais actuellement nous préférons tenter l'épreuve du travail. Comme le fait remarquer avec juste raison, Perrier dans sa thèse (Professeur Schickelé) on évite ainsi un grand nombre d'opérations inutiles. « Or, en supposant que la césarienne prophylactique ait été pratiquée dans tous les cas, avec le maximum de garanties, on ne peut

nier qu'elle eût entraîné encore un certain nombre de morts. Nous croyons rester au-dessous de la vérité en disant que, là où un partisan intégral de la césarienne classique prophylactique aurait pratiqué 100 interventions, un adepte éclairé de la césarienne basse tardive n'en aurait pratiqué que 75. Par conséquent, les risques de mortalité ne seraient couverts que chez 75 femmes dans la deuxième alternative contre 100 dans la première. Il nous semble que ce n'est pas un mince avantage de la césarienne basse ». Nous ajouterons que, d'autre part, le risque couru par les 75 femmes chez qui on a tenté l'épreuve du travail n'est pas accru de ce fait grâce à la césarienne basse. Les chiffres nous le montreront. Perrier ajoute. « On ne peut nier que les femmes qui, opérées de la césarienne classique, redevennent enceintes, sont une faible minorité. Il s'ensuit que pratiquement, d'une façon indirecte, on les a stérilisées. Ainsi, inutilement un certain nombre de femmes, chez qui l'opération fut pratiquée par erreur, sont exclues de la multiparité. Enfin nous ne croyons pas inutile de noter que ces mêmes femmes opérées à tort, courent le risque d'une rupture utérine à l'occasion d'une grossesse ultérieure » (4 %). Siegel, sur 113 cas de césariennes note que 6 ans après 59 femmes n'avaient pas de nouvelle grossesse ; donc 52 % pratiquement stériles. La mortalité croît avec la répétition de l'opération ; 11 % à la deuxième ; 28 % à la troisième césarienne.

Enfin, les cas d'urgence, s'ils deviennent moins nombreux grâce aux consultations de femmes enceintes, n'en sont pas moins encore considérables. Couvelaire pense que « ce n'est pas dans un perfectionnement de la technique qu'il faut chercher l'amélioration du pronostic de ces cas, mais dans un autre mode d'intervention ». Nous estimons que la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire répond aux exigences de la grande majorité de ces cas. Une opération nouvelle a été créée par M. Portes, c'est l'extériorisation temporaire de l'utérus. C'est là, d'après l'auteur lui-même, une méthode d'exception et qui ne saurait effacer la césarienne basse. Nous verrons d'ailleurs ce que l'on peut espérer de l'opération de Portes.

Césarienne classique et césarienne sus-pubienne

Nous avons dit précédemment, qu'à indications égales, nous préférons la section cervicale basse à la section classique. Nous estimons, en effet, que l'incision corporeale est moins sûre que celle portant sur le segment inférieur. Citons Phaneuf : « Dans le type classique de l'opération, puisque l'incision se pratique dans le corps, partie contractile de l'utérus, les points de suture, quelque place qu'ils occupent, doivent remplir le double rôle de sutures hémostatiques et de sutures rapprochantes. Pour cette raison, elles doivent se nouer plutôt fortement, et il peut en résulter une nécrose par constriction, plus ou moins prononcée. Puisqu'on a pu démontrer le suintement des lochies dans la cavité péritonéale entre les points de suture, il est raisonnable de présumer que les bactéries qui pénètrent dans l'utérus puerpéral peuvent se frayer un chemin dans la cavité péritonéale par la même route, et, puisque la cavité péritonéale n'est protégée d'aucune manière contre l'incision utérine, la péritonite peut en résulter ».

Nous devons, en outre, penser à l'hémorragie due à l'intervention ; à la formation d'adhérences avec les périls consécutifs d'occlusion intestinale.

Les auteurs qui sont familiarisés avec la césa

rienne transpéritonéale supra-symphysaire sont unanimes à lui reconnaître les avantages suivants :

— Incision abdominale moins importante.

— Incision sur la partie non contractile de l'utérus, recouverte par le péritoine et la vessie ; donc plus grande protection contre la péritonite.

— Hémorragie moindre parce que le segment inférieur est moins vascularisé.

— Shock opératoire donc moins marqué d'autant plus que pas d'extériorisation et surtout pas de manipulations des anses intestinales que l'on ne voit pas.

— Suture plus facile parce que paroi moins épaisse.

— Cicatrisation meilleure puisqu'elle se fait au repos.

— Post-partum plus calme, se rapprochant de celui de l'accouchement par les voies naturelles. Pas de réaction péritonéale, pas ou peu de météorisme.

— Pas d'adhérences intestinales ou épiplœiques.

— Danger de rupture de la cicatrice dans les grossesses et les accouchements ultérieurs réduit au minimum, car le segment inférieur se distend passivement et tard dans le travail.

— Enfin, si l'opération est un peu plus longue à exécuter, elle n'offre pas de telles difficultés techniques pour que l'on puisse l'écarter. D'ailleurs, un assez grand nombre d'auteurs estiment son exécution aussi facile que l'opération classique. Elle est

d'ailleurs d'autant plus facile que le travail est plus avancé.

Et Phaneuf de conclure : « Plus augmente notre expérience de l'opération supra-symphysaire, plus nous sommes convaincus que cette méthode offre des avantages bien supérieurs à l'opération classique. Nous le répétons, cette conclusion rallie la presque totalité des auteurs.

Cas impurs et infectés

Les cas impurs constituent pour nous, avec les « bassins limites », les indications primordiales de la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire.

Nous commencerons ici par des chiffres.

Que d'hystérectomies évitées déjà.

Krause écrit : « Dans la clinique, il y a eu : de 1899 à 1908, 26 césariennes conservatrices et 15 mutilatrices.

De 1908 à 1922, 178 césariennes conservatrices et 13 mutilatrices.

Schickelé nous écrit : « Nous opérons malgré l'infection manifeste, frissons, fièvre, manœuvres opératoires préalables, écoulement fétide ; l'hystérectomie a presque disparu ; il me semble que nous n'en avons qu'une seule depuis 1919 ; la mortalité est entre 2 et 3 %.

Les résultats en général sont excellents et l'opération en elle-même est supérieure à toute pelvotomie, soit symphyséotomie soit pubiotomie. La césarienne classique est en train de disparaître dans nos services. Pour le placenta prævia la section césarienne basse donne également d'excellents résultats ».

Au cours de notre documentation, qui cependant est loin d'être complète, nous avons relevé 1166 cas

de césarienne basse. On en trouvera les origines dans les travaux de L. Aubert, Brindeau, P. Balard, G.-L. Brodhead, Brouha, A.-G. Beck, E. Cornell, Calcaterra, G. Dujol, Garipuy, Gaifami, Greenhill, J. Hirst et W. Van Dolsen, E. Hauch, Hodgkins, Krause, J.-B. de Lee, Langrock, A. Oetiker, L. Phaneuf, Rosellen, Reeb, Schickelé, Siegel, J. Vanverts, Walthard, Wollner, Welton.

Sur ces 1166 cas, nous avons relevé 35 morts, soit une mortalité globale de 3 %. Nous ferons remarquer que dans ces chiffres toutes les indications sont comprises et que parfois l'opération a été tentée bien plus dans l'intérêt de l'enfant que dans celui de la mère, qu'il s'agisse de placenta prævia grave ou d'éclampsiques dans le coma. Nous avons relevé 5 morts imputables à l'anesthésie, soit syncope, soit ictère grave, soit bronchopneumonie due à l'anesthésie. Cela fait tomber notre pourcentage à 2,5 %.

Toutes les fois que cela a été possible, nous avons relevé les cas impurs (nous définissons les cas impurs ceux qui ont 6 heures de travail au moins ou des touchers fréquents ou la poche des eaux rompue ou des tentatives d'extraction par les voies naturelles) ou infectés et nous sommes arrivés ainsi à un total de 407 cas avec 9 morts ce qui représente 2,2 %. Sur ces morts il y a eu :

3 péritonites ;

1 septicémie ;

1 gangrène du côlon transverse par embolie de la mésentérique.

- i dilatation aiguë du cœur ;
- i embolie pulmonaire (thrombose de la tibiale postérieure) ;
- i ictère grave post chloroformique ;
- i occlusion intestinale par bride dépendant d'une césarienne classique antérieure.

Si nous nous en tenons aux morts par péritonite, ce qui est le fond du débat, nous arrivons au pourcentage de 0,7 %.

Voici quelques exemples de cas très impurs ou infectés :

HIRST-ET VAN DOLSEN

Femme soignée par une sage-femme. Début du travail remontant à plus de 24 heures. Le travail n'avancant pas, la sage-femme fait venir un médecin pour pratiquer la version podalique. Celui-ci ne prend pas les mesures du bassin qui est fortement et généralement rétréci. Il pratique la version, les pieds sortent de l'orifice vulvaire de deux pouces environ (4 à 5 cm), mais les cuisses refusent de descendre dans l'excavation. La malade est alors amenée dans notre service. Nous pratiquons une césarienne transpéritonéale sur le segment inférieur. Il y a à ce moment quatre heures que les pieds sortent à la vulve. Ils sont lavés, passés à la teinture d'iode et repoussés dans le vagin où ils sont maintenus par un tamponnement. Ensuite opération. Au moment où le segment inférieur est ouvert, l'enfant repousse le tamponnement et les pieds paraissent de nouveau à la vulve. Il est nécessaire de refouler les jambes hors de la vulve, hors du vagin et, bien qu'elles soient forcément insuffisamment nettoyées, hors du ventre par l'incision utérine. En dépit de tout ceci, la patiente ne fit point de péritonite, et malgré une légère suppuration de la partie inférieure de l'incision abdominale, n'eut aucun

trouble post-opératoire sérieux. Avec l'opération classique, il n'est même pas concevable de penser qu'elle aurait pu survivre.

GAIFAMI. — I paré. Bassin rachitique. En travail depuis 2 jours ; poche des eaux rompue depuis 24 heures. De multiples touchers sans aucune aseptie. Dilatation complète. T. 38°, pouls fréquent. Liquide amniotique fétide. A l'ouverture de l'utérus, bouffée de gaz fétide.

Suites opératoires : 38°₇ le 3^e jour. Absès à la partie inférieure de l'incision pariétale. Sortie après un mois.

2^e observation, analogue à la précédente, avec physométrie. Dans les suites opératoires, la température ne dépasse pas 39°. Le 7^e jour, absès de la paroi. Mais à aucun moment de réaction péritonéale ou de retentissement sur l'état général. Guérison rapide.

L'auteur ajoute que dans l'un, et l'autre cas, il ne s'agit évidemment pas de germes de haute virulence ; cela explique la relative bénignité de la symptomatologie ; mais nous avons tous vu des cas analogues apparemment mal finir avec la césarienne classique.

BRODHEAD. — I paré. Vue par un médecin à terme.

Quelques douleurs ; on pratique une piqûre d'hypophyse. Après 48 heures de travail, durant lesquelles elle a été examinée par cinq médecins différents, elle entre à l'hôpital. Etat général mauvais, utérus qui se contracte assez faiblement. Présentation du sommet. B. d. c. assez bons. Dilatation : 1 doigt et demi. Bassin très et généralement rétréci. Césarienne sur le segment inférieur. Injection de 1 cm³ de pituitrine au moment de l'incision utérine. Celle-ci à peine faite, issue de liquide purée de méconium. Enfant vivant. Suites opératoires : pendant deux jours femme prostrée, faciès péritonéal, pouls rapide et petit. T° 38°₃. Les jours suivants, chute de la température, un peu de pus sort de la partie supérieure de

l'incision abdominale. Cette suppuration est superficielle. 38 jours après l'opération, elle sort de l'hôpital avec son enfant.

ANNA OETIKER. — Opération faite par l'auteur à son domicile. Bassin rachitique aplati. Poche des eaux rompue après 22 heures de travail ; opération à la 32^e heure, soit, 10 heures après. Opération exécutée sans aide ; avec une simple anesthésie par infiltration de la paroi abdominale, et une piqûre de scopolamine morphine. Enfant pesant 4890 grammes. Opération typique. Suites opératoires : 3^e et 4^e jours élévation de la température 38° 7 ; puis jusqu'au 10^e jour, 38° le soir. Lever le 11^e jour. 14^e jour, utérus sous la symphyse, pas de sensibilité. Rentre chez elle.

BROÜHA. — I pare. Opération exécutée après 30 heures de travail. Poche des eaux rompue depuis 24 heures. Promontopubien 8 cms. Muguet sur la plus grande partie du vagin. Dilatation paume de main. Température normale. Suites opératoires : 38° le 3^e jour (lochies fétides) ; 39° le 4^e jour ; le 5^e jour frisson. Dès ce jour la température tombe en lysis ; elle est normale le 14^e jour. Les lochies n'ont été fétides que durant quelques jours. La plaie abdominale n'a pas suppuré. A aucun moment inquiétudes sérieuses.

G. DUJOL. — I pare. Bassin 8 cms. Arrive 24 heures après le début du travail. Poche intacte. 2 touchers à domicile. Dilatation 50 centimes. Douleurs pendant 48 heures. Trois touchers aux gants. T° 37°5 ; P 100.

Mort le 7^e jour sans aucune réaction abdominale. Autopsie négative pour les viscères. Absolument pas de péritonite. La suture péritonéale est intacte ; l'espace cellulaire sous-jacent paraît également sain. La suture du premier plan musculaire tient bien ; mais la cavité utérine est tapissée d'un exsudat grisâtre et la tranche musculaire suturée sous-jacente à la mu-

queuse est envahie et dissociée. Il n'y a pourtant pas de perforation. Le diagnostic paraît être endométrite et septicémie consécutive.

PHANEUF. — II pare. Admise après 36 heures de travail ; présentation du sommet, sans engagement ; membranes rompues. Opération, procédé de Hirst. Ce cas présenta une infection des plus graves ; toute l'incision cervicale s'effondra, et, en introduisant les doigts dans la brèche abdominale, il était possible d'atteindre le fond de l'utérus aussi bien que l'orifice externe du col. La poussée thermique variait entre 40°5 et 39°, avec une élévation du pouls de 150 à 130 pendant 20 jours consécutifs. Le 20^e jour, son hémoglobine était à 30 %, et ce même jour, on lui fit une transfusion de 600 cc. Elle retourna chez elle le 52^e jour, avec une incision bien cicatrisée et en bonne santé. Le fait frappant de ce cas est que, pendant l'évacuation abondante de pus par l'incision cervicale effondrée, il n'y avait pas le moindre signe d'irritation péritonéale ; les intestins et la vessie fonctionnaient normalement et la femme ne présentait aucun symptôme abdominal.

DE LEE J.-B. et CORNELL E. L. — 145 cas opérés. Un seul cas de mort. I pare, 45 ans. Poids 278 pounds. En travail depuis 4 jours, membranes rompues depuis 48 heures. Tension artérielle 20-16. Albuminurie. Œdèmes. Bassin rétréci. Présentation occipito postérieure. Tête élevée et mobile.

Césarienne basse exécutée avec beaucoup de difficulté étant donné l'obésité. Mort par péritonite 5 jours après l'intervention.

En étudiant les diverses observations que nous avons eues sous les yeux, nous avons trouvé des cas de mort par péritonite dans des cas absolument purs qui auraient réalisé l'indication type de la cé-

sarienne classique. Rien ne pouvait faire prévoir l'issue fatale qui eut lieu malgré la césarienne basse. Dans ces cas, il faut bien nous dire que les événements nous dépassent et que nous n'y pouvons rien. Mais il est réconfortant, d'autre part, de voir les résultats obtenus dans des cas comme ceux cités plus haut et choisis volontairement parmi les plus sombres, cas où l'on n'eut pas osé la césarienne classique et qui auraient dû autrement se terminer par l'hystérectomie.

Dans les cas impurs, alors que le péritoine témoigne presque toujours de son extrême résistance aux agents microbiens du liquide amniotique et des sécrétions génitales, le tissu cellulaire, le fascia, les muscles, le tissu graisseux et la peau sont souvent atteints. Nombre d'auteurs tirent de la suppuration de la paroi la preuve qu'ils ont eu affaire à un cas véritablement infecté et la confirmation de la résistance du péritoine par rapport à celle du tissu cellulaire. Lorsqu'une collection purulente profonde se montre, le drainage par colpotomie postérieure ou antérieure est des plus facile.

Nous ne pensons pas d'ailleurs que dans des cas analogues, l'embryotomie, la pubio ou la symphyséotomie comportent un pronostic plus favorable. Ceci nous conduit à parler de l'opération de Portes.

M. L. Portes a eu récemment l'ingénieuse idée de transposer en chirurgie obstétricale un procédé de la chirurgie intestinale. Comme on extériorise temporairement une anse douteuse, M. Portes extério-

rise temporairement l'utérus infecté. La lecture des observations recueillies dans la thèse de M. J. Scemla (Paris 1925) est des plus intéressante. Abrégeons deux de ces observations :

OBSERVATION I

M. L. PORTES

II pare. Admise à la Maternité à la suite d'une rupture prématurée des membranes survenue le 9 décembre à 5 heures. Le col est long, dilatable comme 1 franc. T° 36°5. Le 13 décembre, à 6 h., cette femme entre en travail, la T° s'élève à 38° et le pouls bat aux environs de 104. Pendant toute la journée du 13 décembre, la tête reste élevée, les bruits du cœur fœtal sont rapides et soufflants et le liquide amniotique est teinté de méconium. Le 14 décembre, à 10 h., M. Demelin constate que l'utérus se rétracte sur le fœtus, que le fond utérin est sonore à la percussion, et que le liquide amniotique répand une odeur fétide. A 13 heures, je fus appelé auprès de cette malade dont l'état s'était subitement aggravé. La température ne dépassait pas 38°2, mais le pouls, mal frappé, présentant des intermittences, battait aux environs de 160 pulsations. Le faciès s'était grippé et la malade venait de vomir. A 14 heures, intervention. Au cours de cette extraction, il ne s'écoule que peu de liquide amniotique qui, teinté de méconium, est très fétide. La délivrance terminée laisse à nu une muqueuse saine d'apparence, sauf au niveau du segment inférieur où la caduque revêt un aspect diphtéroïde. Badigeonnage de la cavité à la teinture d'iode.

Suites opératoires. L'état général de la malade ne fut réellement inquiétant que pendant les 3 ou 4 jours qui suivirent l'intervention, mais la température ne dépassa pas 39° et le pouls descendit progressivement de 160 à la normale. A partir de ce moment, la température oscilla entre 37° et 38° et le pouls entre 80 et 100. L'utérus resta extériorisé pendant 34

jours. Des pansements quotidiens pendant ce temps permirent de faire les constatations suivantes : L'évolution de la cicatrice mérite de nous arrêter davantage. Dès le deuxième jour apparurent des zones de sphacèle très superficiel répondant aux points en V d'affrontement qui cependant avaient été peu serrés. Ce sphacèle superficiel s'élimine en 4 à 5 jours. Le 6^e jour, on vit apparaître au niveau de chaque soie une sorte de cratère de 4 à 5 millimètres de profondeur, laissant sourdre du pus. Dans les jours suivants, ces zones suppuratives confluent et on assista à l'élimination en masse de la cicatrice et des soies...

Le 3 janvier, soit au 20^e jour de l'extériorisation, il fut possible de pratiquer, sans anesthésie, une suture secondaire de la plaie utérine au catgut après avivement des tranches à la curette. Il est juste d'observer que l'élimination cicatricielle n'atteignait pas en profondeur la muqueuse utérine qui s'était cicatrisée par première intention. Cette suture secondaire cicatrisa normalement et au moment où l'organe fut réintégré dans le bassin, elle ne laissait aucune trace à la surface de l'utérus. Le 17 janvier, soit après 34 jours d'extériorisation, l'utérus ne présentant nulle part aucune trace de suppuration, on décida sa réintégration dans le bassin. La malade quitta le service 50 jours après sa première intervention. L'utérus avait alors toute sa mobilité. Nous avons eu l'occasion de revoir cette malade depuis. Le retour de la menstruation s'est produit normalement et sans aucune douleur. L'enfant est actuellement vivant.

OBSERVATION XIII

(M. J. GREDER)

III^e pare, 38 ans, 10 novembre 1924. Membranes rompues depuis 7 heures du matin. Col long et fermé. Liquide amniotique normal.

11-12 novembre. — Température normale. Quelques vagues douleurs dans la région lombaire.

13 novembre. — Apparition des douleurs dans la nuit, à 3 heures du matin ; douleurs assez fortes et régulières à partir de 7 heures du matin. Examinée vers 10 heures, tête tendant à se fixer, affleurant le pubis, mais ne débordant pas. Le col a toute sa longueur, est très épais ; il permet l'introduction de l'index, la tête ne s'appuie pas sur lui.

Vers 17 heures, état stationnaire ; la tête est un peu moins mobile, mais n'est pas engagée ; le col, qui a toujours toute sa longueur, permet avec difficulté l'introduction de deux doigts. T° 39°2. P. 120. Opération à 19 heures. L'utérus extériorisé, on a beaucoup de peine à suturer la paroi ; à la partie sous-ombilicale, pas de muscles. Femme en position horizontale et poussant ; les intestins sont difficilement maintenus dans l'abdomen. A l'ouverture de l'utérus, issue de méconium entourant l'enfant d'une odeur horriblement fétide. Suites opératoires parfaites. La température descend progressivement pour atteindre 37° le 3^e jour. Pouls un peu rapide : 120 ; descend à 100, où il se maintient.

16 novembre. — Premier pansement : zone noirâtre de un cm. de largeur tout le long de la cicatrice utérine.

18 novembre. — Zone noirâtre présente de petits cratères au niveau des fils d'où sourd un peu de pus. Odeur fétide de la cicatrice. On fait sauter les fils. La tranche utérine présente un aspect brunâtre.

20 novembre. — Mauvais aspect de la plaie. La pince pénètre facilement dans les tissus qui paraissent œdématisés ; par la pression on a une crépitation neigeuse et on voit apparaître de petites bulles gazeuses. La zone noirâtre est éversée en dehors. Cette zone gangrenée ne paraît pas profonde de 1 cm. à 1 cm. et demi de chaque côté. L'état général est excellent. P. 108-102. T° 38°2-38°5.

21 novembre. — Etat analogue à la veille. Quelques bulles gazeuses, moins abondantes que la veille. Moins de crépitation. Injection de sérum antigangréneux.

22 novembre. — Il existe encore un petit foyer de gangrène superficiel à la partie inférieure de la plaie à gauche avec quelques gaz, et couleur bronzée. Injection de sérum anti-gangréneux.

25-26 novembre. — La plaie utérine est presque complètement détergée. Elimination de lambeaux de muqueuse utérine venus de la profondeur, et rose, un peu suppurante.

27 novembre. — La cicatrice abdominale est rouge. Abondante suppuration, ablation des fils. Elimination de catguts.

30 novembre. — Bon aspect de la plaie utérine. Excision de toute la partie exubérante pour faire disparaître les trajets des fils. Suture aux soies n° 3. Utérus friable se coupe. Hémorragie assez marquée. Petite syncope. La plaie abdominale a bon aspect et ne suppure presque plus.

14 décembre. — Réintégration. Suites opératoires excellentes. La paroi abdominale est décollée sous la peau jusqu'à l'ombilic environ. Sortie le 12 janvier 1925. N'a pas eu ses règles. Paroi cicatrisée. Enfant vivant ayant bien poussé.

Au point de vue expérimental, l'opération de Portes est pleine d'enseignements. Elle nous montre, entre autres, que le surjet séro-séreux souvent ne tient pas et qu'il ne saurait constituer une protection efficace ; de plus, la fréquence du sphacèle sur la ligne de suture, sphacèle qui ne saurait relever toujours de l'infection, mais parfois aussi de la striction des fils de suture, danger possible de l'incision corporéale comme le signale Phaneuf.

Opération nouvelle, ingénieuse évidemment. Mais est-ce bien là, l'« autre mode d'intervention » que réclamait Couvelaire, quand l'heure de la césarienne classique est passée ? Nous ne le pensons pas. Des

deux observations citées ci-dessus, la première eût été justiciable de la césarienne basse, intervention moins coûteuse.

Portes écrit : « Dans les cas de dystocie d'origine pelvienne, la césarienne conservatrice pratiquée dès le début du travail reste évidemment l'intervention de choix, et la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus ne trouve que des indications d'exception. Elle apparaît alors comme un pis aller qui permet d'agir utilement lorsqu'on a laissé passer l'heure de la césarienne conservatrice et lorsque les conditions cliniques ne sont pas favorables à la pratique d'une pelvitomie. Elle peut, dans ces conditions, permettre d'éviter un certain nombre d'hystérectomies ou de basiotripsies ». Mais, pratiquement, c'est fréquemment que l'on a laissé passer l'heure de la césarienne conservatrice ; ce ne sont pas là des indications d'exception.

Avant l'heure de l'opération de Portes, nous dirons qu'il y a l'heure de la césarienne basse.

J. Scemla écrit : « De parti pris, nous ne discuterons pas les procédés de c/sariennes basses, extra ou transpéritonéales qui, à l'exception de l'école de Strasbourg, ont peu de partisans en France ». C'est contre ce parti-pris, cet ostracisme que nous élevons la défense de la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire. Nous estimons qu'elle mérite plus d'attention de la part des accoucheurs français. L'opération de Portes a encore à préciser plus nettement ses indications qui seront toujours excep-

tionnelles et c'est dans ces limites plus restreintes qu'elle sera vraisemblablement une intervention utile. Elle nécessite 2 interventions, donc 2 anesthésies générales à peu de temps d'intervalle. Un séjour au lit de 30 à 60 jours. Sur les 17 observations de la thèse de Scemla, nous notons 8 fois la désunion de la plaie utérine. Quel sera l'avenir obstétrical de cette cicatrice ? On ne peut s'empêcher de penser que déjà dans la césarienne classique la rupture utérine fait du 4 %. Enfin sur 32 cas d'opérations faites (Couvelaire, Soc. Obst., Paris, février 1925), il y a 2 morts. Il est vrai de dire que ces chiffres sont trop faibles pour que nous puissions en tirer une conclusion.

L'Anesthésie

1) Ce peut être l'*anesthésie générale*.

2) Brindeau emploie, sauf contre-indications spéciales, la *rachianesthésie*. Non seulement elle est suffisante dans presque tous les cas, mais encore elle présente un avantage très appréciable mis en lumière par Brindeau : elle provoque une rétraction utérine marquée, qui limite elle-même notablement le saignement de l'utérus, éclaircissant d'autant le champ opératoire. Cette rétraction est si nette qu'elle peut parfois, dans la présentation du siège, créer de légères difficultés, à l'extraction de la tête dernière. Rachianesthésie signifie donc hémorragie très diminuée, netteté du champ opératoire, alors qu'avec l'anesthésie générale, on se trouve en présence d'un puits rempli de sang.

3) Tout récemment J. B. DE LEE a préconisé l'*anesthésie locale* à la novocaïne.

Ses conclusions sont les suivantes :

L'anesthésie locale devrait être l'anesthésie de choix pour toutes les césariennes, y compris la césarienne cervicale.

Les dangers inhérents à l'anesthésie générale et en particulier à l'éther sont écartés : acidose et pneumonie.

La convalescence est plus douce et plus rapide.

Dans les cas douteux, on peut recourir plutôt à la césarienne avec anesthésie locale, qu'à une intervention par voie basse, qui nécessite l'anesthésie générale accompagnée de tous ses dangers.

L'anesthésie locale est indispensable dans les maladies du cœur, des voies respiratoires, des reins et du foie.

L'auteur rappelle que l'éther donne 1 mort sur 5.000 ; le chloroforme (qu'il n'emploie jamais) 1 sur 2.000.

Dans une statistique comptant 338 cas de césarienne basse exécutés par huit opérateurs différents, il y a eu 2 morts (moins de 0,66 %) dont une par pneumonie due à l'éther.

Il y a eu, en outre, 6 pneumonies et 19 bronchites graves dues à l'éther. Dans 3 cas de pneumonie, la plaie opératoire a suppuré et 2 autres femmes ont eu une phlegmatia. Parmi les cas de bronchite grave, il y a eu aussi plus ou moins de cas de suppuration de la plaie.

Un point important qui semble trop souvent méconnu sont les rapports entre un processus infectieux évoluant dans les poumons et la suppuration de la plaie par l'intermédiaire de la septicémie. Les microbes sont transportés du poumon à tous les points de moindre résistance et en parti-

culier au niveau des régions traumatisées par l'acte opératoire.

C'est là, dit l'auteur, une des causes importantes de nos infections opératoires, et j'ai senti que si on pouvait éliminer l'éther, on abaisserait la morbidité et la mortalité ne serait plus que $1/3$ de 1 %.

La technique pratiquée est la suivante :

D'abord, se renseigner sur l'état psychique de la femme, raisonnable ou non. Les facteurs psychiques ont pour l'auteur une certaine importance. La femme doit être dans le calme le plus complet ; on doit lui éviter les préparatifs de l'intervention ; au cours de celle-ci les instruments sont désignés sous des noms d'emprunt. Si le sujet est défavorable, on fait de suite après la naissance une injection de scopolamine-morphine ; mais jamais avant l'extraction de l'enfant, car souvent il est alors difficile à ranimer.

Pour l'anesthésie locale on se sert d'une solution fraîchement préparée de novocaïne à 0 gr. 5 % à laquelle on ajoute 11 gouttes d'adrénaline au millième par 30 gr. de solution environ (once = 28 gr. 349). La moyenne employée est de 7 onces. Dans un cas on n'a pas dépassé 3 onces.

La femme est confortablement installée sur la table ; on attache ses genoux et non ses mains.

Avec une aiguille fine on fait un « bouton dermique » à l'extrémité supérieure de la ligne d'incision ; puis une longue aiguille y est introduite et on infiltre la paroi jusqu'au pubis. A chaque pousse,

tous les 2 cm. $\frac{1}{2}$ environ, l'aiguille qui est sous la peau est poussée dans le derme qu'elle infiltre. Quand la peau est anesthésiée, on injecte un peu de la solution dans le tissu adipeux sous-cutané, mais celui-ci n'est pas sensible sauf dans la région sus-pubienne. Puis on incise la peau et le tissu sous-cutané avec un bistouri très tranchant pour ne pas presser sur l'abdomen.

Ensuite, anesthésie de l'aponévrose avec une aiguille courte. Insister davantage près du pubis ; on doit injecter doucement dans le fascia lui-même. Cette région est la plus longue à insensibiliser. La plupart des échecs sont dus à trop de hâte. Après quelques minutes on ouvre le fascia au bistouri, et 5 centimètres cubes sont déposés près du bord externe du muscle droit de chaque côté et en trois endroits ; on anesthésie ainsi les derniers nerfs intercostaux et du même coup le péritoine pariétal. De plus, l'auteur injecte sous le péritoine sur une distance de 6 centimètres de chaque côté de l'incision projetée et en bas, au-dessus de la vessie jusqu'au pubis et dans la cavité de Retzius.

Puis on ouvre la cavité péritonéale. On injecte alors 20 centimètres cubes dans l'espace sous-péritonéal au niveau du cul-de-sac vésico-utérin. Avec les doigts on pousse la solution sous la vessie et latéralement dans la région des ligaments larges. Au cours de ces manœuvres il faut toujours être très doux. Les organes doivent être laissés *in situ* et on ne doit pas faire de tiraillements inutiles.

Chaque mouvement doit commencer lentement et finir de même.

Nous n'insensibilisons pas l'utérus lui-même, à moins que la patiente ne soit en travail. Dans ce cas quelques centimètres cubes sont injectés dans la ligne d'incision. Si la vessie est très sensible, on poussera quelques centimètres cubes sous sa partie inférieure. On procède ensuite à l'extraction de l'enfant. Ce temps ne peut pas être indolore. On demande alors à la femme si elle désire un peu d'anesthésie générale ou si elle se sent capable d'endurer l'extraction. Près de la moitié des femmes peuvent se passer de l'anesthésie générale que l'on cesse dès l'extraction faite et le placenta est déjà extrait que la femme n'a pas encore repris ses sens. On injecte ensuite sous la peau 1 centimètre cube de pituitrine forte et 0 gr. 01 de morphine et 2/10 de milligramme de scopolamine.

Le placenta est extrait par tractions sur le cordon, ce qui est moins douloureux que l'introduction de la main. Plusieurs femmes ont remarqué que la délivrance est le seul temps douloureux de l'intervention. La fermeture de la plaie ne présente rien de particulier. Parfois on injecte quelques centimètres cubes dans le péritoine près des ligaments ronds. Pour retirer les compresses insinuées sous la paroi, il faut soulever largement celle-ci. Ce temps nécessite parfois un peu de protoxyde d'azote.

De Lee ne voit comme contre-indications à sa

méthode que l'incompréhension de la femme, et le manque de foi de l'opérateur ou la nécessité d'aller très vite.

Quelques remarques sont à faire :

Dans l'éclampsie, cette méthode peut provoquer quelques crises. Mais l'auteur préfère encore cela, et Frey, en Suisse, est du même avis, aux risques de l'anesthésie générale qui, donnant de l'acidose même chez les individus normaux, en donnera à plus forte raison chez des éclamptiques où la réserve alcaline du sang est diminuée.

24 femmes en travail ont été opérées avec succès. Dans 1 cas les douleurs se succédaient toutes les deux minutes. Le segment inférieur était très mince. Dans un autre cas on a dû donner un peu de protoxyde d'azote à chaque douleur et particulièrement au moment de l'extraction de la tête.

Quels sont les résultats : De Lee rapporte 67 cas, et doit au Docteur Greenhill la statistique de 67 cas où il fut donné :

- 39 cas novocaïne seule.
 - 19 « « avec un peu de protoxyde d'Az. et O²
 - 8 « « plus chlorure d'éthyle
 - 1 « « et ether.
 - 9 « « et anesthésie générale pour finir,
- car dans un cas éclamptique qui vomissait et « poussait » son intestin ; les autres femmes étaient des nerveuses.

Il n'y eut pas de mort.

15 % des femmes eurent des vomissements après l'opération alors que le pourcentage est de 26 % sur 338 dans l'anesthésie générale à l'éther.

De même pour la morbidité :

27,7 % sur 67 cas ayant au moins 38°.

40 % sur 338.

L'anesthésie locale diminue donc les facteurs de morbidité.

Sur les 67 cas la morbidité est due à :

Bronchite : 2 cas.

Pyélite : 2

Lochimétrie : 2

Mastite : 1

Suppuration plaie : 4

Cause inconnue : 7

Dans les 2 cas de bronchite, une femme avait eu du chlorure d'éthyle ; la plaie a suppuré et l'enfant a eu de la bronchite. L'autre femme avait eu du protoxyde d'Azote et de l'oxygène.

Les 4 femmes ayant présenté une suppuration de la paroi ont eu, par coïncidence, de l'éther ou du chlorure d'éthyle ou du protoxyde.

Il n'y eut aucun cas de bronchite dans les cas où la novocaïne fut employée seule.

L'auteur a à sa connaissance 1 cas de mort par la novocaïne. Cela ne doit pas l'arrêter. Il ne faut pas employer de solution dépassant 1 %, parfois même moins de 0,5 % et pas plus de un milligramme d'adrénaline, et 1/2 milligramme chez les hyperthyroïdiens.

La Technique opératoire

Deux grands procédés selon que l'on incise transversalement ou longitudinalement le péritoine du segment inférieur. Les autres modifications de la technique nous paraissent de moindre importance. La plupart des auteurs semblent se ranger à l'incision transversale. Certains, comme Hirst, Phaneuf, réservent plus spécialement l'incision verticale aux cas impurs.

PROCÉDÉ DE HIRST. — Position de Trendelenburg. Opérateur à gauche. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Après ouverture de l'abdomen (on ne voit presque jamais les anses intestinales); on incise le péritoine viscéral un peu au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin. On introduit le doigt dans la brèche, on décolle la vessie de l'utérus et on sépare aussi le péritoine du segment inférieur. On incise alors *longitudinalement* le péritoine sur la ligne médiane et les lèvres des deux séreuses pariétale et viscérale sont réunies par des points séparés de catgut. L'intervention est faite alors par voie extra ou sous-péritonéale. Phaneuf au lieu de points de catgut préfère réunir les lames séreuses

avec des pinces, ce qui expose moins à la déchirure du péritoine.

On retient ensuite la vessie sous la symphyse par une valve et on incise le segment inférieur longitudinalement sur la ligne médiane. Une incision suffisamment grande pour l'extraction d'un enfant de poids normal est possible sans empiéter sur le corps utérin.

Accouchement et délivrance. Après celle-ci une longue mèche de gaze est insérée en tampon dans la cavité utérine. On injecte un centimètre cube d'hypophyse dans le muscle utérin, et un centimètre cube d'ergotine dans la cuisse.

L'incision utérine est suturée par des points séparés de catgut chromé n° 2 et le tampon enlevé avant de les nouer. Toilette. Plans péritonéaux réunis par un surjet au catgut chromé n° 0.

PROCÉDÉ DE KROENIG. — Diffère du précédent en ce que le péritoine viscéral est incisé *transversalement* au niveau de son cul-de-sac. La vessie est séparée du segment inférieur et maintenue sous la symphyse. L'incision longitudinale du segment inférieur est faite dans l'espace mis à nu par le décollement de la vessie. Un surjet au catgut rattache la lame péritonéale séparée avec la vessie, à la surface antérieure de l'utérus, de sorte que l'incision utérine est complètement recouverte par la vessie et le péritoine.

PROCÉDÉ DE BECK. — Se différencie du procédé de Kroenig en ce qu'une lame supérieure de péri-

toine viscéral est décollée après séparation de la vessie. Après la suture utérine, la lame supérieure est rabattue et fixée à l'utérus par quelques catguts séparés, recouvrant ainsi la partie supérieure de l'incision. Le lambeau inférieur tenant à la vessie est alors suturé par un surjet de catgut, de façon à recouvrir le lambeau supérieur.

PROCÉDÉ DE DE LEE. — A perfectionné la suture utérine. Le premier plan de sutures est recouvert par un plan de suture superficielle par un surjet au catgut.

PROCÉDÉ DE BEUTTNER. — Incision transversale supra-symphysaire. Incision longitudinale du péritoine pariétal.

Fixation de l'angle inférieur de l'ouverture péritonéale à la lèvre du fascia (pour protéger le tissu conjonctif de la cavité de Retzius).

Introduction de chaque côté d'une large compresse entre l'utérus et la paroi abdominale.

Fixation de 2 fils de catgut du côté gauche et du côté droit de la ligne médiane du segment inférieur.

Refoulement de la vessie dans la direction de la symphyse par une valve de Doyen.

Incision longitudinale (10 cm.) sur la ligne médiane partant directement de la valve.

Extraction de l'enfant.

Traction sur les 2 catguts fixés à l'utérus de façon à repérer les bords de la plaie utérine.

Délivrance spontanée ou artificielle.

Fermeture de l'utérus en 4 plans :

- Couche musculaire interne sans prendre la muqueuse (points séparés au catgut),
- Couche musculaire externe (surjet),
- Couche séro-musculaire (surjet),
- Couche séro-séreuse (surjet).

Enlèvement des compresses. Fermeture de l'abdomen.

BRINDEAU emploie la technique suivante :

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Mise en place de deux grandes compresses latérales maintenues par un écarteur de Ricard.

Ponction du péritoine du segment inférieur à un centimètre au-dessus du repli vésico-utérin.

Par cette brèche décollement du péritoine avec le ciseau courbe fermé, en-haut jusqu'à la limite de la zone décollable, en-bas jusqu'au pubis.

Incision transversale du péritoine.

La vessie est maintenue vers le bas par une valve.

Incision verticale du segment inférieur.

Extraction de l'enfant.

Les lèvres de l'incision utérine sont prises par des pinces en cœur qui attirent le segment inférieur vers ou hors de l'incision pariétale.

Délivrance ; autant que possible par expression.

Suture utérine en 2 plans : l'un de points séparés au catgut prenant toute la tranche sauf la muqueuse ; l'autre, surjet superficiel au catgut.

Suture du lambeau péritonéal supérieur au segment inférieur par des points séparés.

Le lambeau inférieur est attiré en-haut, recouvrant « en redingote » le lambeau supérieur. Suture séro-séreuse par un surjet au catgut.

La paroi abdominale est fermée en 3 plans.

Pas de drainage.

Dans les cas infectés pose d'un Mikulicz.

L'INCISION DE LA PAROI ABDOMINALE. — Soit laparotomie médiane sous-ombilicale ; soit incision de Pfannenstiël. Cette dernière est moins pratiquée, car elle donne un jour insuffisant.

DÉCHIRURE DE LA VESSIE. — Tout à fait exceptionnelle et accidentelle. Peut être aisément évitée. Dans un cas de Gaifami elle semble avoir été préparée par la contusion due à la tête fœtale ; fait qui s'observe également au cours des accouchements spontanés.

L'INCISION DU SEGMENT INFÉRIEUR. — « Dans 3 cas (sur 10) le segment inférieur était insuffisamment développé. L'incision fut prolongée de 3 à 4 cm. sur le corps ; malgré cela nous avons eu toujours suffisamment de péritoine mobile pour recouvrir complètement l'incision cervico-corporéale » (Reeb).

L'incision saigne peu. Nous attirons de nouveau l'attention sur le fait mis en valeur par Brindeau, que, la rachianesthésie provoquant une contracture utérine marquée, l'hémorragie est réduite d'autant. L'hypophyse ou l'ergotine deviennent inutiles. Le champ opératoire est beaucoup plus net.

PROTECTION CONTRE LA PÉRITONITE. — Il est possible de protéger très exactement avec des compresses la cavité péritonéale et d'éviter la souillure provenant du liquide amniotique infecté. Une minutieuse protection péritonéale et le changement de gants, nous mettront généralement à l'abri d'accidents de cette nature (P. Balard).

« Elle présente sur la césarienne sur le fond ou la paroi antérieure du corps utérin, principalement l'avantage de mieux protéger la cavité péritonéale... Et, dans tous les cas, la limitation avec des compresses du champ opératoire est facile et parfaite. Sont ainsi diminuées les probabilités d'une souillure ; de plus, les anses intestinales et l'épiploon ne sont pas vus, alors qu'ils sont constamment exposés quand on intervient sur le corps utérin ». (Calcaterra)...

Il convient également de faire remarquer que « beaucoup d'accoucheurs ont le sentiment que le danger de l'infection ne résulte pas tant de la souillure de la cavité abdominale au temps de l'opération, que du passage des lochies et des microbes au travers de l'incision utérine durant les suites de couches ». (Phaneuf). Et c'est évidemment là le danger de la césarienne corporéale qui porte sur la partie contractile de l'utérus.

EXTRACTION DE L'ENFANT. — Peut se faire par expression en aidant la sortie de la tête en pressant avec la main sur l'angle inférieur de la plaie. On peut l'extraire en présentation de la face après avoir

fait tourner la tête en mettant un doigt dans la bouche fœtale. Enfin on peut l'extraire par forceps (Pajot) sans aucune difficulté.

Dans certains cas on peut faire une version. Dans tous les cas, elle doit être douce pour ne pas prolonger l'incision utérine.

DÉLIVRANCE. — Par traction sur le cordon ou délivrance artificielle.

L'HYSTÉRECTOMIE POSSIBLE. — Aubert fait remarquer que si par hasard se pose l'indication d'une hystérectomie, celle-ci peut être effectuée en quelques instants, car la subtotal ou la totale est déjà amorcée par le décollement de la vessie et du lambeau péritonéal antérieur.

Suites opératoires

Sont en général marquées par l'absence ou le peu d'intensité de météorisme abdominal, l'absence de shock péritonéal. Il n'y a pas d'iléus. « L'absence de réaction après l'intervention et le bien-être accusé par les opérées sont généralement surprenants » (Hirst et Van Dolsen).

Nous devons dire que cependant dans un assez grand nombre de cas, on observe pendant un à trois jours après l'intervention une élévation de température qui peut aller jusqu'à 39°. Aucune cause abdominale, infectieuse n'explique cette ascension thermique qui rentre dans le cadre de ce que les auteurs américains appellent les fièvres de « fibrin-ferment ».

Nous avons vu que la suppuration de la paroi se rencontrait assez souvent dans les cas infectés ou impurs, témoignant ainsi de la réalité de l'infection et démontrant la résistance du péritoine. Si ces réactions sont relativement fréquentes, du moins elles sont généralement peu inquiétantes.

Morbidité

Elle est en général assez élevée, mais rarement très inquiétante. Elle comporte surtout des complications du côté de la paroi ; des ascensions thermi-

ques. Phaneuf cite des observations de fistule utéro-abdominale qui toutes guérissent.

Siegel donne 58 % de femmes ayant fait une élévation de température au-dessus de 37°5 axillaire ; 28 % de femmes faisant plus de 37°5 axillaire pendant 4 jours. Il cite Martius qui donne 35 % de morbidité.

Mortalité

Nous rappelons que sur 1166 cas que nous avons relevés nous trouvons une mortalité globale de 3 % et 2,5 % si on excepte les morts relevant de la narcose.

Walthard sur 206 cas, accuse du 2 %.

Küstner relevant 213 cas de différents opérateurs donne 2,3 %.

Phaneuf sur 80 cas donne 7,5 % ; mais 2,5 % seulement imputables à l'intervention.

Citons enfin J. B. De Lee qui sur 338 cas provenant de 8 opérateurs différents, donne 2 morts, soit moins de 0,66 % ; et encore faut-il compter 1 cas relevant d'une pneumonie consécutive à l'anesthésie par l'éther.

Sur ces 338 cas les indications étaient :

Antéfixation de l'utérus.....	1
Pyélite	1
Malformation utérine.....	2
Prolapsus du cordon.....	1
Kraske pour cancer du rectum.....	1

Rupture utérine imminente.....	5
Présentation de la face ; primipare âgée.....	3
Fracture du bassin.....	1
Diabète et dystocie osseuse.....	1
Rupture utérine imminente et bassin vicié...	1
Hyperthyroïdienne	1
Bassins viciés.....	210
Dystocie due aux parties molles.....	7
Eclampsie	3
Toxémies autres que l'éclampsie.....	16
Décollement prématuré du placenta.....	5
Mort habituelle du fœtus.....	8
Maladies de cœur.....	12
Placenta prævia.....	11
Dystocie par dystrophie.....	26
Césarienne antérieure.....	0

Résistance de la Cicatrice

A ce sujet nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur à l'excellent article de F. Chatillon médecin adjoint à la clinique de Genève et paru dans la *Revue Française de Gyn. et d'Obst.*, en octobre 1924. Certes, on a signalé des cas de rupture utérine. On les trouvera mentionnés dans l'article cité. Mais, au cours de notre documentation, l'unanimité des auteurs nous a donné la plus grande confiance en la valeur de cette cicatrice.

« L'incision sur le segment inférieur réduit considérablement la possibilité de rupture de la cicatrice dans les grossesses et accouchements ultérieurs, parce que le segment inférieur, qui ne se contracte pas après l'opération, a beaucoup plus de chance de se réunir dans de bonnes conditions qu'une incision sur le corps de l'utérus. Notre statistique, qui montre que nous eûmes 6 opérations répétées pour une deuxième fois, dont une chez une femme où s'était développée une infection sérieuse de l'incision utérine se terminant en une fistule utéro-abdominale, nous a prouvé que, dans toutes ces observations, la cicatrice était fermée. De plus; il

nous était presque impossible de distinguer macroscopiquement une cicatrice, même chez la parturiente où la fistule utéro-abdominale s'était développée. » (Phaneuf).

« Nous avons eu à plusieurs reprises l'occasion de faire une seconde opération césarienne chez des femmes qui avaient subi auparavant la césarienne transpéritonéale. L'absence de toute cicatrice visible, et la difficulté pour retrouver trace de l'opération ancienne, nous ont toujours frappé » (Hirst et Van Dolsen).

Itérative 2 ans après. « Dans ce cas, j'ai laissé se produire l'effacement du col et une dilatation presque complète et n'ai opéré que 7 heures après le début des douleurs, poche des eaux non rompue. Le décollement du péritoine et le refoulement de la vessie ont été plus laborieux que d'ordinaire ; l'adhérence étant plus forte, il a été nécessaire de se servir des ciseaux. Il a été impossible de retrouver la cicatrice de la première intervention. Tout le segment inférieur était bien formé, uniformément aminci et j'ai eu l'impression que ce segment aurait pu supporter une dilatation et un amincissement encore plus grand » (Reeb).

Gaïfami a fait un examen histologique après hystérectomie sur un utérus ayant été césarisé deux ans auparavant. Aucune trace macroscopique. Microscopiquement, *restitutio ad integrum*. Cependant par endroits le tissu conjonctif prédominait sur l'élément musculaire, sans cependant que la paroi

fût jamais conjonctive dans toute son épaisseur. Il s'était fait une régénération musculaire. Dans 11 cas de césarienne répétée après une première intervention trans ou extra-péritonéale, la cicatrice se montra fonctionnellement solide, alors même que dans plusieurs cas l'action des forces naturelles fût expérimentée longuement.

F. Chatillon cite une observation personnelle d'un accouchement normal après deux opérations césariennes transpéritonéales basses antérieures.

Le conjugué vrai qui avait été mesuré au cours d'une opération antérieure mesurait 8 cm $\frac{1}{4}$. La période de dilatation dura 4 h. 50 ; celle d'expulsion 15 minutes ; la délivrance 5 minutes ; au total 5 h. 10. L'enfant pesait 2.700 grammes. Les diamètres de la tête étaient :

Occipitol frontal.....	11
Bi-pariétal	9
Bi-temporal	7
Occipito-mentonnier	14
Circonférence fronto-occipitale.....	35

Et tous les auteurs que nous pourrions citer ne feraient que répéter ce qui est dit plus haut.

Indications spéciales

Le placenta prævia

Une opinion ne se dégage pas nettement au sujet de l'emploi de la césarienne transpéritonéale dans les cas de placenta prævia.

Brouha pense qu'il est irrationnel de pratiquer l'hystérotomie basse dans ces cas, « car cette incision augmente l'hémorragie opératoire et aussi, semble-t-il, les difficultés de la suture qui doit porter sur le tissu du col que l'insertion placentaire a plus ou moins profondément altéré ».

Gaifami considère le placenta prævia comme une contre-indication.

Par contre, voici l'opinion de L. Aubert : « On pourrait, il est vrai, craindre que dans le placenta prævia une intervention portant sur le segment inférieur de l'utérus pourrait comporter plus de dangers par le fait du voisinage immédiat du placenta. Or, nous pensons que ce risque n'est guère plus grand que dans la césarienne classique avec insertion normale du placenta, et si, par malchance, ce qui ne nous est pas encore arrivé, on tombe dans

une césarienne basse, avec l'incision utérine, sur la zone placentaire, il faudra, pensons-nous, agir comme on le fait dans la césarienne classique, par l'évacuation et la suture rapide de l'utérus, ce qui constitue le meilleur moyen d'hémostase dans n'importe quel procédé de césarienne ».

Brindeau fait la césarienne basse également dans le placenta prævia.

Nous avons cependant l'impression que de nombreux auteurs sont favorables à cette intervention, si l'on en juge par le tableau des indications de leurs césariennes où le placenta prævia figure sans commentaires spéciaux.

Nous en avons relevé 51 cas avec 5 morts, ce qui fait un pourcentage de 9,8 %.

La question de la thérapeutique du placenta prævia par la césarienne est d'ailleurs à l'étude dans la clinique du Professeur Brindeau.

L'éclampsie

Brindeau estime que dans l'éclampsie, il faut avant tout aller vite. La césarienne basse étant d'une exécution un peu plus longue et moins aisée que la section classique, cette dernière lui paraît donc mieux indiquée.

D'aucuns pensent que malgré cela la césarienne basse est moins choquante. Nous avons vu que De Lee la pratique sous l'anesthésie locale.

Observations

1924. — Clinique Tarnier.

N° 1270. — Guy..., 37 ans. I pare. A terme. Bassin généralement rétréci. En travail depuis 21 heures. Dilatation 5 fr. Suites normales. Sortie le 17^e jour. Enfant vivant, 3.140 gr.

N° 1350. — Gia... M., 19 ans. I pare. A terme. Bassin rétréci. En travail depuis 24 heures ; membranes rompues depuis 20 heures. Dilatation 5 fr. Liquide fétide. Dans les suites, la température atteint 40° le 8^e jour par paliers successifs, puis descend à 38° le 10^e jour, à 37°3 le 11^e. Hématome suppuré de la paroi abdominale. Sortie le 26^e jour. Enfant vivant : 3.900 gr.

N° 1929. — Zi... M., 28 ans. I pare. A terme. Bassin généralement rétréci. Opérée avant tout travail ; membranes intactes. Suites fébriles jusqu'au 3^e jour. Sortie le 18^e jour. Enfant vivant, 3.720 gr.

N° 2111. — De... M., 39 ans. III pare. Près du terme. Rupture prématurée des membranes. Bassin généralement rétréci. A l'intervention, segment inférieur peu formé, relativement épais. Suites normales. Sortie le 15^e jour. Enfant vivant, 3.660 gr.

N° 2125. — Chev... E. III pare. 28 ans. A terme. Bassin généralement rétréci. Début de travail. Membranes rompues

depuis 4 heures. Liquide teinté de méconium. T° 38°. P. 92. Suites subfébriles jusqu'au 8^e jour. Sortie le 16^e jour. Enfant vivant, 3.820 gr.

N° 2182. — Dej... E., I pare, 27 ans. A terme. Bassin rétréci. Gros enfant. En travail depuis 17 heures. Membranes intactes. Suites subfébriles jusqu'au 4^e jour. Sortie le 17^e jour. Enfant vivant, 3.750 gr.

N° 2188. — Surz..., 42 ans. III pare. Césarienne pour mort habituelle du fœtus. Grossesse de 8 mois et demi environ. Pas de travail. Le segment inférieur est moins bien formé ; l'incision empiète un peu sur le corps. Suites subfébriles jusqu'au 4^e jour. Sortie le 18^e jour. Enfant vivant, 3.560 gr.

N° 2232. — Dav..., J. I pare, 20 ans. A terme. En travail depuis 28 heures ; membranes rompues au-dessus de l'orifice depuis 12 heures ; liquide teinté ; bruits du cœur sourds et lents ; tête mobile, élevée. Suites fébriles 39°5-40° pendant 3 jours : 39° le 4^e jour, 38° le 5^e ; normale le 7^e jour. Sort le 18^e jour. Enfant vivant, 4.000 gr.

N° 2238. — Gui... G., 24 ans. II pare. A terme. Grossesse précédente : fausse-couche de 3 mois. Bassin rétréci. Non en travail. Présentation du siège. Le segment inférieur est beaucoup plus épais et beaucoup moins développé que dans les présentations du sommet. Suites normales. Sortie le 16^e jour. Enfant vivant.

N° 2401. — Hir... E. II pare. 31 ans. Bassin généralement rétréci. A terme. Fœtus assez volumineux. Suites normales. Sortie le 17^e jour. Enfant vivant, 3.640 gr.

N° 2423. — Pet... S. II pare. 29 ans. A terme. Bassin rétréci. En travail depuis 10 heures. Suites normales. Sortie le

23^e jour (angine rouge avant la sortie). Enfant vivant, 3.320 gr.

N^o 2427. — Ros... M. 39 ans. II pare. A terme. Pas de rétrécissement du bassin. En travail depuis 7 heures. Membranes rompues depuis 6 heures. Tête élevée. Souffrance fœtale. Dilatation lenticulaire. Le segment inférieur est mal formé, épais. Le décollement du péritoine est difficile ; on décolle complètement la vessie. Suites fébriles jusqu'au 7^e jour. Sortie le 21^e jour. Enfant vivant, 3.260 gr.

N^o 2492. — Lec... G. I pare. 27 ans. A terme. Bassin rétréci. En travail depuis 48 heures. Rupture artificielle des membranes depuis 4 heures. Suites subfébriles jusqu'au 5^e jour. Sortie le 17^e jour. Enfant vivant, 3.680 gr.

N^o 2509. Cre... A., 30 ans. I pare. A terme. Bassin aplati. En travail depuis 18 heures ; membranes rompues depuis 22 heures. Tête fixée au détroit supérieur. T^o 38°2. P. 92. La tête étant coincée derrière le pubis, on éprouve quelques difficultés à décoller le péritoine par en bas. Suites normales. Sortie le 22^e jour. Enfant vivant, 3.840 gr.

N^o 2533. — Del... Suz., 21 ans. I pare. A terme. Bassin généralement rétréci. En travail depuis 18 h. 30. Membranes rompues depuis 4 h. ; liquide teinté. Suites normales. Sortie le 19^e jour. Enfant vivant, 3.150 gr.

N^o 2.581. — Rob... L., 35 ans. VI^e pare. A terme. 1^{er} enfant, mort pendant le travail ; 2^e forceps (vivant) ; 3^e, 4^e, 5^e morts pendant le travail. Femme envoyée de ville par un médecin. En travail depuis 18 heures. Membranes rompues depuis 7 heures. Liquide teinté. Bassin généralement rétréci. Suites subfébriles jusqu'au 8^e jour, sans que la température

atteigne jamais 38°. Sortie le 13^e jour sur sa demande. Enfant vivant, 3.520 gr.

N° 2623. — Pic... M., 26 ans, VII pare (5 avortements). Opérée d'un kyste de l'ovaire gauche en 1922. Traitée pour spécificité à la clinique. Grossesse actuelle de 8 mois et demi environ. Césarienne basse, suivie d'hystérectomie pour placenta prævia compliqué d'adhérences intimes du placenta. Fœtus en position transversale. Segment inférieur très épais. Il est cependant facile de trouver une zone décollable. Décollement du péritoine. Incision du segment inférieur épais, presque scléreux et ce n'est qu'au bout d'au moins 2 cm. d'épaisseur de tissu que l'on arrive dans la cavité utérine. Tout le placenta s'insère sur le segment inférieur. Des adhérences intimes empêchent d'enlever tout le placenta. Hystérectomie facile. Suites normales. Sortie le 30^e jour. Enfant vivant.

N° 2643. — Las... E. I pare. A terme. Bassin rétréci. Pas de travail. Suites normales. Sortie le 18^e jour. Enfant vivant.

N° 2776. — Lac... M. 34 ans. III pare. 1^{er} accouchement, basiotripsie. 2^e grossesse, extra-utérine, opérée. Grossesse actuelle, à terme. Bassin généralement rétréci. En travail depuis 12 heures; membranes rompues. Souffrance fœtale. Quatre touchers en ville, un à la clinique. Le péritoine a été souillé pendant l'opération. On a l'impression que la suture a empiété très bas, jusqu'au ras du vagin; peut-être même a-t-on incisé le vagin, la zone décollable en avant ne s'étendant pas très haut, mais le péritoine est suffisamment solide. Suites subfébriles jusqu'au 4^e jour; un clocher à 38°5 le 7^e jour. Sortie le 18^e jour. Enfant vivant, 3.820 gr.

N° 2791. — Pas... R. 29 ans. VIII pare (6 enfants vivants, 1 fausse-couche). Mariée à 17 ans et demi. N'a plus revu ses règles depuis son mariage. Grossesse actuelle: Placenta præ-

via. Menace d'accouchement prématuré le 3 décembre. Début du travail le 28 décembre ; opérée le 29. Membranes intactes. Col perméable au doigt. Présentation du sommet, très élevée. Segment inférieur peu formé. Le placenta s'insère sur tout le segment, sauf en avant, où il y a une zone de membranes. On la décolle facilement sur toute la face antérieure, sauf sur un repli qui semble être l'orifice interne du col. Le segment inférieur est très épais ; il est très vascularisé à sa surface, si bien que quand on suturera le segment, il s'écoulera du sang au niveau des sinus. Suture du segment en deux plans, comme à l'ordinaire. Un des points ayant piqué une veine laisse sourdre du sang. Pose d'un point en U pour arrêter l'hémorragie. Suites normales. Sortie le 15^e jour. Enfant vivant, 2.480 gr.

N° 2810. — Mon... E. 23 ans. I pare. Grossesse de 8 mois. Placenta prævia. Col fermé. T° 38°7. Pouls 120. Le placenta inséré au niveau du segment inférieur est très étalé ; un lambeau s'insère en avant près du col en recouvrant l'orifice interne. Suites : 39° 4-120 le 2^e jour ; 38°90 le 3^e jour ; 4^e jour retour à la normale. Sort le 18^e jour. Enfant vivant.

N° 2812. — Per... B. 33 ans. II pare. A terme. Césarienne basse pour état scléreux de l'utérus chez une femme ayant eu une myomectomie et une césarienne classique 18 mois auparavant. En travail depuis 7 heures. Membranes rompues depuis 48 heures. Col-scléreux, non dilaté. A l'ouverture du péritoine, l'utérus est recouvert comme par un voile d'adhérences, plus une grosse adhérence épiploïque, plus une adhérence fibreuse unissant la face antérieure de l'utérus à la paroi. Cette adhérence semble s'insérer sur l'utérus au niveau de l'ancienne cicatrice de césarienne.

Césarienne basse, transpéritonéale. A noter : la zone décollable du péritoine est peu considérable. Anesthésie au chloroforme à cause de la nervosité de la femme, d'où hémorragie assez importante prolongeant l'intervention. Suites fébriles jusqu'au 5^e jour. Sortie le 18^e jour. Enfant vivant.

1925.

N° 8. — Rob.... M. II pare. 31 ans. A terme. Bassin rétréci. En travail depuis 13 heures. Membranes rompues depuis 2 heures. Dilatation complète. Souffrance fœtale. Anesthésie au chloroforme ; la rachianesthésie est impossible par suite de la conformation de la colonne vertébrale. L'hémorragie est plus abondante qu'avec la rachianesthésie. Suites fébriles jusqu'au 4^e jour. Sortie le 18^e jour. Enfant vivant, 3.320 gr.

N° 20. — Gom..., M. 37 ans, II pare (1^{er} enfant, forceps, vivant, 2.500 gr.). A terme. Bassin rétréci (P. S. P. 9 cm. 9). En travail depuis 12 heures ; membranes rompues depuis 8 heures. Suites apyrétiques. Sortie 19^e jour. Enfant vivant, 3.350 gr.

N° 105. — Pic..., B., 29 ans, II pare (1^{er} enfant, basiotripsie sur enfant mort après 68 heures de travail). Bassin généralement rétréci. En travail depuis 8 heures ; rupture artificielle des membranes depuis 1 heure et demie. Suites subfébriles pendant 3 jours. Sortie le 17^e jour. Enfant vivant, 3.670 fr.

N° 145. — Gaz..., E. 27 ans. I pare. A terme. Bassin coxalgique. Promontoire inaccessible. Côté droit aplati. Spasme du releveur de l'anus. Fistule bacillaire du pli de l'aîne droite. Césarienne avant le début du travail. Suites opératoires normales. N'est sortie que le 29^e jour, a souffert de la hanche droite et a été toujours aux environs de 38°. Enfant vivant, 3.350 gr.

N° 170. — Mar..., J. 28 ans. II pare. A terme. Bassin légèrement rétréci. Tête mobile et élevée. Entre le 6 janvier pour début de travail. Excès de liquide. Le 11 janvier, hauteur utérine 40 cm. Le 23, hauteur utérine 43 cm., fœtus très mobile, col perméable comme 2 francs, poche des eaux qui bombe. Le

26 janvier, passe à la salle de travail ; pose de l'écarteur de Tarnier qui donne une dilatation de 5 francs. Aucune progression, fortes douleurs, morphine. Le 27 janvier, à 7 heures, les douleurs reprennent toutes les quatre minutes ; aucune progression ; bosse séro-sanguine volumineuse, dilatation petite paume. A 10 h. 30, césarienne chez une femme en travail depuis 24 heures, poche des eaux rompue depuis 20 heures. Suites : température à 38°-39° pendant 5 jours, puis défervescence (lochies fétides). Sort le 18^e jour. Enfant vivant, 3.500 gr.

N° 196. — Dro... H. 30 ans. I pare. A terme. Bassin généralement rétréci. En travail depuis 20 heures. Membranes rompues artificiellement à dilatation complète depuis 7 heures. Suites : 39° pendant 3 jours, puis défervescence. Sort le 18^e jour. Enfant vivant, 3.420 gr.

N° 302. — Mar... M. 31 ans. I pare, à terme. Bassin rétréci. Début de travail. Anesthésie à l'éther ; hémorragie plus abondante. Suites subfébriles jusqu'au 3^e jour. Sort le 17^e jour. Enfant vivant, 2.720 gr.

N° 345. — Thi... C. IV^e pare. 24 ans. 1^{er} accouchement à terme, spontané ; enfant vivant, 3.700 gr. ; 2^e, spontané, enfant vivant, 3.000 gr. ; 3^e, spontané, enfant vivant, 3.000 gr. Grossesse actuelle : femme en travail depuis 19 heures ; rupture de la poche des eaux, depuis 19 heures. Bassin légèrement rétréci ; tête très volumineuse débordant le pubis. Utérus en sablier. Césarienne. La tête est extrêmement volumineuse ; le forceps n'arrive pas à la saisir. La main d'un aide introduite dans le vagin permet de l'extraire.

L'incision s'est un peu prolongé sur le corps utérin. On péritonise comme à l'ordinaire. Suites subfébriles. Sortie le 23^e jour. Enfant vivant, hydrocéphale, 3.640 gr.

Sur ces 30 opérations césariennes, les indications ont été :

Dystocie osseuse.....	23
Défaut d'engagement.....	2
Placenta prævia.....	3
Césarienne classique antérieure.....	1
Mort habituelle du fœtus.....	1

Dans un cas de césarienne pour placenta prævia, on a dû faire l'hystérectomie pour adhérence intimes du placenta.

Il n'y a eu dans aucun cas ni de mortalité maternelle, ni de mortalité de l'enfant.

Si nous considérons les cas autres que le placenta prævia, soit 27 observations, nous voyons que les conditions de l'intervention sont :

Pas de travail ou début de travail.....	9
10 heures au plus (7 h. à 10 h.).....	4
Dé 12 h. à 24 heures.....	11
Plus de 24 heures (de 28 h. à 48 h.).....	3
14 cas ayant plus de 10 heures de travail.	
Membranes intactes.....	8
Membranes rompues (au plus depuis 48 h.)..	19

Les suites ont été fébriles dans 9 cas ; il n'y a eu qu'un seul incident de paroi. Dans les autres cas, l'ascension thermique n'a pas été expliquée. Nous pensons que ces suites fébriles ou subfébriles, en général de courte durée, 3 à 4 jours, relèvent de la fièvre dite de « fibrin-ferment » par les auteurs amé-

ricains. En aucun cas, il n'y a eu d'inquiétude. La date de sortie des femmes ne s'en ressent pas ; en effet 19 femmes sont parties du 13^e au 18^e jour ; 8 du 19^e au 29^e jour et cette dernière était une coxalgique avec fistule.

Conclusions

La césarienne transpéritonéale supra-symphysaire réalise, à l'heure actuelle, la meilleure thérapeutique de l'accouchement dans les bassins rétrécis, lorsqu'il s'agit de cas impurs ou infectés.

Grâce à elle on peut, sans arrière-pensée, tenter l'épreuve du travail dans les bassins limites, évitant ainsi un nombre important d'interventions dont les indications auraient été faussées par la trop grande part du coefficient personnel d'appréciation.

Elle a de plus sur la césarienne classique un avantage de sécurité dans la meilleure protection de l'incision utérine, ce qui la fait préférer même dans les cas purs. La césarienne classique demeure une opération rapide ne tirant ses indications que de cette qualité.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

AUBERT L. — L'opération césarienne transpéritonéale sur le segment inférieur. — *Revue franç. de gyn. et obst.*, mars 1921.

— Un cas d'opération césarienne transpéritonéale basse pour placenta prævia. — *Revue franç. de gyn. et obst.*, août 1924.

BAÏSCH R. — Les dangers de la cicatrice de l'opération césarienne et manière de la prévenir. — *Monatschrift f. Geburts. u. Gyn.*, LIII, 1920.

BALARD P. — Sur trois cas de césarienne supra-symphysaire. — *Soc. d'obst. et gyn.*, Bordeaux, novembre 1923.

BECK A. C. — Observations sur une série d'opérations césariennes pratiquées dans les six dernières années au Long Island College Hospital. — *American Journ. of Obst. and diseases of wom. and child.*, février 1919.

— The two flap low incision cesarean section. — *Surgery gyn. and obst.*, 1921, XXXIII.

BEUTTNER O. — Technique de l'opération césarienne transpéritonéale basse. — *Revue franç. gyn. et obst.*, janvier 1923.

BRINDEAU. — Quelques réflexions à propos de la césarienne sus-pubienne. — *Soc. d'obst. et gyn.*, Paris, 1922, n° 2.

- BRODHEAD G.-L. — Deux observations de césarienne sur le segment inférieur. — *Amer. Journ. of Obst.*, 1918, LXXVII.
- BROUHA M. — Faut-il réserver strictement l'opération césarienne abdominale aux cas purs ? — *Gyn. et Obst.*, 1920, n° 6.
- A propos du traitement du placenta prævia par l'hystérotomie abdominale. *Gyn. et Obst.*, 1922, V, n° 3.
- CALCATERRA. — Contributo casistico al taglio cesareo transperitonéale soprasinfisario. — *Rivista d'ostet. e. ginecol. pratica*, Settembre 1921.
- CHATILLON F. — A propos de la résistance des cicatrices sur le segment inférieur. — *Revue franç. gyn. et obst.*, octobre 1924.
- CONGRÈS des Gyn. et Obst. de langue française, Paris 1921. — *Gyn. et Obst.*, T. IV, 1921.
- COUVELAIRE. — *Bull. Société Obst. et Gyn.*, Paris, fév. 1925.
- DELRIEU J. — La césarienne extrapéritonéale. — Thèse de Lyon, 1911.
- DUJOL G. — Deux observations d'opération césarienne transperitonéale basse. — *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.* (St-Etienne), 1924, n° 6.
- GAIFANI P. — Ulteriori osservazioni sul taglio cesareo transperitonéale sul segmento inferiore. — *Il policlinico sez. chirurgica*, ottobre 1922.
- A propos de 50 cas d'opération césarienne transperitonéale sur le segment inférieur. — *Revue franç. de gyn. et d'obst.* Janvier 1923.
- GALL P. — La césarienne abdominale, Bologna, 1922.
- GARIPUY. — Deux cas d'opération césarienne tardive, l'une par la méthode classique, l'autre par la méthode supra-symphysaire transperitonéale. — *Soc. d'obst. et gyn.*, Toulouse, mai 1922.
- HAUCH E. — Quelques réflexions de la césarienne transperitonéale basse. — *Revue franç. gyn. et obst.*, Mars 1923.

- HENROTAY J. — Des indications des hystérostomies abdominales pendant le travail en dehors des angusties pelviennes. — *Gyn. et obst.*, 1921, IV, n° 4.
- HIRST J. G. et VAN DOLSEN W. — Low cervical cesarean Section. *Journ. Amer. Med. Ass.*, 1924, LXXXII.
- HODGKINS. — Hirst transperitoneal cesarean section. — *Boston Med. et S. Journ.*, 1924, XXXV.
- HOLLAND E. — Les techniques de la césarienne. — *British Med. Journ.*, Octobre 1921.
- HORSTRUP. — La césarienne extra péritonéale. — Thèse de Göttingue, 1922.
- KELLER P. — Über uterusruptur nach kaiserschnitt. — *Zentralbl. für gyn.*, nov. 1923.
- KRAUSE. — Césarienne transpéritonéale supra-symphysaire en cas de bassin étroit. — *Zeitschrift für geburt. und gyn.*, octobre 1923.
- KROENIG. — Transperitonealer cervicaler Kaiserschnitt. In Kröenig. — *Döderlein's op. gynæk.*, 1912, p. 879.
- KÜTSNER O. — Kommen wir mit dem tiefen transperitonealen Kaiserschnitte aus oder fordert üben ihm der extra-peritoneale unbedingt einen Platz ? — *Monatschrift für Geburtsh. und Gyn.*, 1920, LIII.
- LANGROCK E. — Une observation de césarienne transpéritonéale. — *Amer. Journ. of obst.*, 1918, juin LXXVII.
- LEE J.-B. DE. — Les nouvelles techniques de l'opération césarienne *J. Amer. Med. Assoc.*, 1919, LKXIII.
- LEE J.-B. et CORNELL E. L. — Low cervical cesarean section. Results in one hundred and forty-five cases. — *Journ. Amer. Med. Ass.*, 1922, LXXIX.
- LEE J.-B. DE. — The low or cervical cesarean section under local Anesthésia. — *Surg. gyn. and obst.*, février 1925.
- *Journ. Amer. Med. Assoc.*, Mars 1925.
- ÖETIKER A. — Section césarienne basse. — *Schweiz. med. Wochenschrift*, Bâle, juin 1921.

- PERRIER J.-E. — Contribution à l'étude de la pratique de la césarienne basse. — Thèse de Strasbourg, 1923.
- PHANEUF L.-E. — La césarienne suprasymphysaire. — *Bruxelles-Médical*, mai 1924, n° 49.
- POLAK J. et BECK A.-C. — The present status of operative obstetrics referring to the abuse of cæsarean section. — *Surg. gyn. and. Obst.*, 1922, XXXIV.
- POLANO O. — Vorderer oder hinterer cervicaler Kaiserschnitt. — *Zentralbl. f. Gyn.*, 1922, n° 11.
- REEB M. — Dystocie provoquée par un fibrome interstitiel du segment inférieur ; section césarienne basse ; énucléation du fibrome ; suites fébriles, guérison. — *Soc. d'obst. et gyn. de Strasbourg*, 1922, n° 5.
- Contribution à l'étude de la césarienne basse. — *Revue franç. de gyn. et obst.*, avril 1923.
- ROSELLEN A. — Critique des causes de mort survenues après l'opération césarienne intra-péritonéale sur le segment inférieur. — Thèse de Fribourg en Brisgau, 1921.
- SCEMPLA J. — Pelvitomies et césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. — Thèse de Paris, 1925.
- SCHICKELÉ. — Les interventions obstétricales chirurgicales au cours de l'accouchement. — *Gyn. et obst.*, 1920, janvier.
- SIEGEL P.-W. — Ist der prophylaktische Kaiserschnitt beim engen Becken berechtigt ? — *Monatschrift f. Geburtsh. und Gyn.*, 1923.
- VANVERTS J. — Césarienne sur le segment inférieur pour placenta prævia. — *Bull. Soc. obst. et gyn.*, Paris, 1922, juin.
- VERMELIN H. — Accouchement spontané après césarienne supra-symphysaire. — *Bull. Soc. obst. et gyn.*, Paris, 1921, avril.

- WALTHARD N. — La nouvelle césarienne en cas de physométrie et de fièvre pendant le travail. — *Schweiz. mediz. Wochenschrift*, 1922, n° 7.
- WELTON. — Résultats de la césarienne supra-symphysaire. — *Amer. Journ. of obst. and. gyn.*, 1921, janvier.
- WOLLNER A. — Traitement chirurgical de l'accouchement dans les bassins rétrécis. — *Archiv. für Gyn.*, mai 1922.
-

MP. COMMERCIALS PERRETTE, LIMOGES